

**PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A ALUMNOS
POR PERSONAL DE LA ESCUELA**

Alumno: _____ Grado: _____ Fecha de Nac. _____

Código de Educación 49423: No obstante las provisiones descritas en la Sección 49422, cualquier alumno que necesite tomar medicamentos recetados por un doctor, durante las horas regulares de clases, puede ser asistido por la enfermera o personal designado de la escuela, si el distrito recibe (1) una receta escrita por tal doctor detallando el método, cantidad y hora en que debe administrarse dicho medicamento y, (2) una carta escrita por el padre o tutor del alumno indicando su deseo de que la escuela asista al alumno como se describe en la receta dada por tal doctor.

CUANDO SEA POSIBLE, LOS MEDICAMENTOS DEBEN SER ADMINISTRADOS EN CASA, ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA, SIEMPRE QUE SEA APROBADO POR EL DOCTOR

DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR:

- (I) Soy el padre o tutor del alumno mencionado arriba. Doy permiso y solicito que el personal del distrito escolar asista a este alumno con el medicamento recetado por el doctor.
- (II) El medicamento se entregará en su recipiente original con la etiqueta de la farmacia indicando las instrucciones completas del doctor para administrar el medicamento.
- (III) La escuela y el doctor pueden intercambiar información referente al medicamento recetado y de la condición médica del alumno.
- (IV) (1) Yo (Nosotros) el (los) padre(s) del alumno arriba mencionado, por medio de esta declaración eximo de cualquier responsabilidad a dicho distrito escolar, y a cualquier y todos los empleados y agentes de dicho distrito sobre cualquier demanda, reclamación, queja, querreya o juicio de cualquier naturaleza por actuar conforme a las instrucciones arriba mencionadas y conforme a las instrucciones del doctor del alumno.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

DECLARACIÓN DEL DOCTOR:

El alumno arriba mencionado está bajo mi cuidado medico y está recibiendo medicamento por el siguiente padecimiento:

MEDICAMENTOS A SER ADMINISTRADOS POR LA ESCUELA DURANTE LAS HORAS DE CLASE

1. Medicina _____ Dosis _____ Cantidad _____
Hora _____ Método _____
Posibles reacciones _____

2. Medicina _____ Dosis _____ Cantidad _____
Hora _____ Método _____
Posibles reacciones _____

Firma del Doctor

Fecha

ESCRIBA: Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____